Hautdurchbrüche dentalen Ursprungs

Auszug aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Vorgelegt von

Artur Joachim

Zahnarzt in Berlin

Tag der Promotion: 30. Juli 1920

Druck von Schmitz & Bukofzer, Berlin C. 54, Rosenthaler Str. 26

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Rubner.

Referent: Prof. Dr. Williger.

I. Definition der Hautdurchbrüche: Der Name geht nur vom Endeffekt, dem Durchbruch durch die Haut aus, kennzeichnet aber den gesamten pathologischen Vorgang selbst. B a u m e nannte die Erscheinung „inkomplette Fistel“, M a y r h o f e r bezeichnet sie als „subkutanes Granulom“. Dieser letzte Ausdruck ist nicht ganz sachlich, da sich der Granulationsherd unter der Epidermis befindet. In der ärztlichen Literatur wird in völliger Sachunkenntnis der Name „Parulis“, der ja nur einen Abszeß am Zahnfleisch bezeichnet, auf die äußeren Durchbrüche angewandt.

II. Ergebnisse des bearbeiteten klinischen Materials aus der chirurgischen Abteilung des Zahnärztlichen Instituts der Universität Berlin: Die Beteiligung der einzelnen Zähne — Die Chance für das Zustandekommen der Hautdurchbrüche ergibt auf Grund einer Statistik von tausend Fällen für den Oberkiefer einen Prozentsatz von 6,6, für den Unterkiefer einen solchen von 93,4. Begründung dieses Zahlenunterschiedes durch anatomische Beweisgründe. — Auffallend große Beteiligung zeigen die Sechsjahrmolaren jugendlicher Patienten. Der von diesen Zähnen des Unterkiefers verursachte Hautdurchbruch lokalisiert sich zuweilen am Angulus. — Die typischen Durchbruchsstellen. — Die Variationen der Krankheitsursache:

1. Die chronische Wurzelhautentzündung.
   a) Darstellung des Hautdurchbruchs.
   b) Das klinische Verhalten der beteiligten Zähne: symptomlos, nur bei akuten Nachschüben sind klinische Zeichen wahrnehmbar. Reaktion der regionären Lymphdrüsen — Entwicklung perimaxillärer Phlegmonen.
   c) Je eine Krankengeschichte eines subkutanen Granuloms und eines Weichteilgranuloms mit Epikrisis. (Abbildung eines subkutanen Granuloms von besonderer Größe.)
   d) Therapie der Krankheitsursache: bei erhaltungsfähigen Zähnen selten bei Molaren) Wurzelspitzenresektion und Ausräumung des Granulationsherdes. Letzteres auch nach Entfernung des Zahnes, wenn das Granulom nicht mit herauskommt. Medikamentöse Behandlung bewirkt zuweilen Stillstand, aber nie Heilung.

   Sonderabschnitt: Die Handdurchbrüche am Kinn: Behandlung der Frage, auf welche Weise bei intakt erscheinenden Zähnen Mikroorganismen in die Wurzelhaut gelangt sind:
   a) Durch Schmelzsprünge.
   b) Gesichtspunkte zur Theorie M i l l e r s für den Fall, daß die Zähne keine Schmelzsprünge haben.

   Therapie: Ablehnung der medikamentösen Behandlung, Erhaltung der Zähne durch vorher erwähnte chirurgische Maßnahmen.

2. Vereiterte Wurzelzysten.
   a) Frage der Infektion: nur problematische Erörterungen.
   b) Beweis für das seltene Vorkommen als Krankheitsursache der Hautdurchbrüche durch Gegenüberstellung der unter II aufgeführten Statistik einer solchen aus einer im Breslauer Institut verfaßten Arbeit über Wurzelzysten.

c) Therapie: Zystenoperation nach Partsch, weitere Behandlung wie vorher.

3. Entzündungserscheinungen am Zahnfleischlappen unterer intakter Weisheitszähne.

a) Beziehungen zum Hautdurchbruch.

b) Ein von Williger berichteter Fall mit atypischer Durchbruchsstelle in der Gegend von 6 am Unterkieferrand.

4. Marginale Periodontitis: Zustimmung zur Theorie Greves bezüglich der Aetiologie. (Lockerung des knöchernen Verbandes durch traumatische Wirkung.) Therapie: Chirurgische Behandlung mit Entfernung des Zahnes. (1 Röntgenbild.)

5. Tuberkulöse Periodontitis: Hinweis auf den schnelleren Durchbruch durch den Knochen und die Hartnäckigkeit der Krankheitsherde. — Man unterscheidet zwei Formen der tuberkulösen Periodontitis:

a) die primäre Form bei sonst nicht tuberkulösen Patienten. Charakteristische Erscheinungen sind: die tuberkulöse Veränderung der Lymphdrüsen und das Ueberwiegen der Fälle bei jugendlichen Patienten. (1 Abbildung.)

b) Sekundäre Form bei Phthisikern.

Therapie: Entfernung des Zahnes und chirurgische Behandlung in bekannter Weise.

6. Aktinomykose: Schnellere Krankheitsentwicklung, ähnlich wie bei 5., Auftreten multipler Durchbrüche an atypischen Stellen, oft hartnäckige Kieferklemme, geringe Beteiligung der regionären Lymphdrüsen trotz stürmischer Krankheitsentwicklung.

III. Therapie der Hautdurchbrüche: Nach Beseitigung der Krankheitsursache breite Inzisionen, Auslöffelung der Granulationsherde, Tamponade, Verband. Wiederholung der Tamponade, bis gesunde Granulierung einsetzt. Besprechung besonderer Fälle und übler Zufälle. Hinweis auf den noch nachzuprüfenden Wert einer Röntgenbestrahlung.

IV. Differentialdiagnose.

1. Bei der Aktinomykose wird die Diagnose gesichert durch das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung der im äußeren Herde befindlichen pathognomischen Körnchen.

2. Auch bei der Tuberkulose gibt der pathologisch-anatomische Befund und die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag.

Eine Reihe von Krankheitsherden täuschen einen Hautdurchbruch vor, ohne der Differentialdiagnose besondere Schwierigkeiten zu machen. Differentialdiagnostische Besprechung der nachfolgenden Krankheitserscheinungen:

a) Im Wachstum nach außen drängende Wurzelzysten.

b) Wangenweichteilinfiltrat infolge eines Dekubitusgeschwürs der Wange.

c) Atherom.

d) Karzinom der Mundschleimhaut. Hierzu ein Fall aus der Chirurgischen Abteilung des Berliner Zahnärztlichen Instituts. (1 Abbildung.)